

**Avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes <sup>1</sup>**  
**CHIRURGIE THORACIQUE**  
**du 16 mars 2023**  
**Critères d'agrément spécifiques des médecins spécialistes, des maîtres de stage et services de stage pour la discipline de chirurgie thoracique**

Composition du groupe de travail :

- Liaison officer / spokes person : Lieven Depypere
- Membres :
  - Philippe Naftoux
  - Paul De Leyn
  - Ines Lardinois
  - Ludo Verougstraete
  - Jeroen Hendriks
  - Edo Wijtenburg
  - Dirk Smets
  - Youri Sokolow
  - Jan Lesaffer
  - Frederick De Ryck
  - Jean Lemaitre

I.	CONTEXTE .....	3
II.	TEXTE DE VISION .....	4
II.1.	Facteurs contextuels .....	4
II.2.	Approche .....	5
III.	DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES - offre et demande .....	6
III.1.	Démographie de l'offre .....	6
III.2.	Démographie de la demande et projection dans le futur : .....	6
IV.	DÉFINITION(S) et CHAMP D'ACTION de la discipline .....	7
V.	CRITÈRES DE FORMATION ET D'AGRÉMENT .....	11
V.1.	Conditions d'accès .....	11
V.2.	Compétences finales (en annexe) .....	11
V.3.	Durée et structure de la formation : .....	14
V.4.	Critères pour l'autorisation à exercer la profession – « autorisation à pratiquer » – « licence to practice » (poursuite de l'exercice) .....	15
VI.	MAÎTRE DE STAGE / Équipe .....	15

<sup>1</sup> Conseil Supérieur des Médecins

37	VII. SERVICES DE STAGE.....	17
38	VIII. NOMBRE DE CANDIDATS (médecins spécialistes en formation) par maître de stage et service	
39	de stage :.....	18
40	IX. MESURES TRANSITOIRES (p. ex. pour un nouveau titre professionnel) .....	19
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		

76 I. CONTEXTE

77

78 **Législation existante :**

79 La Directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles  
80 établit au point 19 du Prémabule ce qui suit :

81 « La libre circulation et la reconnaissance mutuelle des titres de formation de médecin, [...]   
82 devraient se fonder sur le principe fondamental de la reconnaissance automatique des titres de   
83 formation sur la base d'une coordination des conditions minimales de formation [...] », et au point   
84 20 : « Afin de tenir compte des caractéristiques du système de qualification des médecins et des   
85 dentistes et de l'acquis communautaire correspondant dans le domaine de la reconnaissance   
86 mutuelle, il est justifié de maintenir, pour toutes les spécialités reconnues à la date de l'adoption de   
87 la présente directive, le principe de la reconnaissance automatique des spécialisations médicales ou   
88 dentaires communes à deux États membres au moins [...] ».

89

90 L'Annexe V de la Directive 2005/36/CE « 5.1.3. *Dénominations des formations médicales*   
91 *spécialisées* » mentionne à la fois « chirurgie » et « chirurgie thoracique » ; ni la « heekunde op de   
92 thorax (chirurgie thoracique) » ou « thoraxheekunde (chirurgie du thorax) » ne sont pour l'instant   
93 des spécialités reconnues en Belgique. Dès lors, il n'est pas possible d'accorder la reconnaissance   
94 automatique aux chirurgiens thoraciques provenant d'autres États membres de l'UE.

95 **Contexte européen :**

96 Une enquête européenne (réalisée initialement en 2012 et réitérée en 2019) sur l'organisation de la   
97 chirurgie thoracique au sein des pays européens concernés a présenté les réponses de 23 pays<sup>2,3</sup> : la   
98 chirurgie thoracique est actuellement une mono-spécialité dans 13 pays européens et dans 5 autres   
99 pays, elle consiste en un trajet de formation complètement distinct en chirurgie cardiothoracique. La   
100 reconnaissance est accordée par un organe d'avis médical dans 10 pays, par le ministère de la Santé   
101 publique dans 8 pays, par le ministère de l'Enseignement dans 2 pays et par une association   
102 professionnelle dans 2 pays. 20 pays disposent de centres de formation agréés en chirurgie   
103 thoracique. La durée moyenne de la formation s'étend de 5 à 6 ans ; dans 17 pays, une partie de la   
104 formation (qui varie de 1 à 4 ans) porte sur la chirurgie générale. 14 pays imposent un nombre   
105 spécifique d'interventions effectuées avant d'obtenir la reconnaissance.

106

107

108

109

110

---

<sup>2</sup> Depypere LP, Lerut AE. Thoracic surgical training in Europe: what has changed recently? Ann Transl Med 2016; 4(5):89. doi: 10.21037/atm.2016.03.07. voor de bevraging 2012

<sup>3</sup> Lerut T. (ancien président UEMS section of thoracic surgery). Données non publiées pour l'enquête de 2019.

## 111 II. TEXTE DE VISION

112

### 113 II.1. Facteurs contextuels

114

#### 115 II.1.1. Facteurs contextuels

116 Ces 20 dernières années, la chirurgie thoracique s'est fortement profilée grâce à une forte extension  
117 des indications pour la chirurgie en pathologie des poumons, des voies respiratoires, de la plèvre, du  
118 médiastin, de la paroi thoracique, du diaphragme et de l'œsophage.

119 De plus, ce profilage va de pair avec une complexité croissante des aspects technologiques et  
120 chirurgicaux de ces interventions et requiert aussi une approche de plus en plus multidisciplinaire.

121 Ce profilage et la création de réseaux hospitaliers locorégionaux se traduisent de plus en plus par un  
122 besoin en centres de qualité bien équipés et en chirurgiens thoraciques correctement formés et de  
123 qualité

#### 124 **Analyse SWOT de la situation actuelle :**

##### 125 **Forces :**

- 126 - Le système de santé de la Belgique est très bon au niveau international ; il n'y a pas ou peu  
127 de listes d'attente et tout le monde y a accès.
- 128 - La plupart du temps, les chirurgiens sont bien formés en tant que chirurgiens généraux et  
129 ont généralement suivi une formation spécifique complémentaire, même si la loi ne l'exige  
130 pas.
- 131 - Les cas de pathologie urgente peuvent être pris en charge car il n'y a pas besoin d'une  
132 reconnaissance spécifique.

##### 133 **Faiblesses :**

- 134 - La loi n'imposant pas d'exigences supplémentaires, tout chirurgien en Belgique peut  
135 pratiquer la chirurgie thoracique. Cette situation crée des risques de qualité. La  
136 responsabilité civile et les principes déontologiques n'ont leur effet que chez des médecins  
137 démontrant une diligence professionnelle.
- 138 - À l'heure actuelle, il n'existe pas de formation standard en chirurgie thoracique en Belgique.  
139 Dès lors, les certificats délivrés n'ont aucune valeur et les examens ne peuvent être  
140 organisés qu'au niveau européen (UEMS).
- 141 - Comme la spécialisation « chirurgie thoracique » n'existe pas en Belgique, il n'y a pas non  
142 plus d'interchangeabilité souple (absence de reconnaissance automatique) avec d'autres  
143 chirurgiens thoraciques en Union européenne.

##### 144 **Opportunités :**

- 145 - La définition d'une formation en chirurgie thoracique permet de contrôler la qualité et de  
146 l'améliorer.
- 147 - Davantage d'interchangeabilité de chirurgiens thoraciques peut avoir lieu en Europe.

- 148 - Concentration des soins de chirurgie thoracique aux patients et amélioration des réseaux =>  
149 développement de centres spécialisés en chirurgie thoracique.  
150 - Définition des centres de chirurgie thoracique.  
151 - Les procédures endoscopiques (bronchoscopie périopératoire, bronchoscopie rigide avec  
152 placement de prothèse) sont à nouveau possibles entre des mains expérimentées si elles  
153 font partie de la formation.

154 **Menaces :**

- 155 - Compte tenu de la reconnaissance automatique des chirurgiens thoraciques dans le futur, le  
156 marché belge pourrait être inondé de chirurgiens thoraciques européens d'autres pays.  
157 - Manque d'expertise dans certains centres pour effectuer des services de garde (mais  
158 compensation possible car possibilité d'une concentration de soins et extension de réseaux).

159

160 **II.2. Approche**

161

162 L'octroi d'une reconnaissance de niveau 2 en « chirurgie thoracique » garantit aux patients une  
163 pratique efficace, sûre et éthiquement justifiée qui résulte d'une formation de qualité où les  
164 aptitudes techniques et communicationnelles, les connaissances et la capacité de raisonnement  
165 clinique, ainsi que le fondement scientifique sont évalués de manière objective. Le chirurgien  
166 thoracique devra satisfaire.

167 Le chirurgien thoracique devra satisfaire aux dispositions des articles 8 (portfolio) et 10 (visa qui  
168 atteste la compétence) de la Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de  
169 santé.

170 La concentration de soins dans des centres de chirurgie thoracique doivent assurer la continuité de  
171 ces soins tout au long de la carrière active du chirurgien thoracique.

172

173

174

### 175 III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES - offre et demande

176

#### 177 III.1. Démographie de l'offre

178

179 Actuellement, la spécialité « chirurgie thoracique » n'existe pas officiellement en Belgique. Seuls 20  
180 à 30 chirurgiens environ exercent la chirurgie thoracique comme activité principale. En outre, la  
181 chirurgie thoracique est pratiquée par des chirurgiens dont l'activité principale est la chirurgie  
182 vasculaire, la chirurgie générale ou la chirurgie cardiaque. Dès lors, une forte dispersion de la  
183 demande est observée, ce qui rend difficile le calcul des flux entrants et sortants à l'heure  
184 d'aujourd'hui. Une formation spécifique en chirurgie thoracique (sous réserve de mesures  
185 transitoires pour les praticiens actuels) peut résoudre ce problème à l'avenir.

186 Lors de l'assemblée générale du 10 septembre 2021 de la Société belge de chirurgie thoracique  
187 récemment constituée (Belgian Section of Thoracic Surgery — BeSTS, section of the Royal Belgian  
188 Society for Surgery), 60 membres ayant un intérêt et exerçant au moins partiellement la chirurgie  
189 thoracique dans leur pratique quotidienne ont été admis.

#### 190 III.2. Démographie de la demande et projection dans le futur :

191

192 Plus de 8000 cas de cancer primitif du poumon sont diagnostiqués chaque année en Belgique.

193 20 à 25% d'entre eux entrent en ligne de compte pour une résection.

6

---

194 Compte tenu de toutes les autres indications dans le spectre de la chirurgie thoracique, on peut  
195 estimer l'offre totale d'interventions à environ 8000 (calculée sur la base des données INAMI de  
196 2014).

197 Pour assurer le bon fonctionnement d'un service de chirurgie thoracique, il faut au moins  
198 deux chirurgiens thoraciques à temps plein avec une activité totale d'au moins 400 **procédures**  
199 majeures en moyenne, dont au moins 100 **résections** majeures en moyenne (cf. IV : Définitions pour  
200 consulter les définitions « interventions majeures » et « procédures majeures »). Dans cette  
201 hypothèse, cela signifierait un total de 20 centres de chirurgie thoracique en Belgique et 40 à 50  
202 chirurgiens thoraciques en Belgique. En termes de flux entrant, cela signifie une nouvelle place de  
203 formation pour un (à deux dans des cas exceptionnels) assistant par an en Belgique, en tenant  
204 compte d'une éventuelle variation dans l'offre future de tumeurs primaires des poumons à traiter  
205 par intervention chirurgicale (diminution éventuellement attendue), tumeurs secondaires des  
206 poumons (= métastases ; augmentation attendue) et autres pathologies liées à la chirurgie  
207 thoracique (cf. aussi VIII : nombre de candidats).

208

209

## 210 IV. DÉFINITION(S) et CHAMP D'ACTION de la discipline

### 211 DÉFINITION (= niveau 2)

212 La chirurgie thoracique comprend les connaissances de fait, les aptitudes techniques et la capacité  
213 de jugement nécessaires pour parvenir à un diagnostic et un traitement corrects des pathologies du  
214 thorax.

215 Ces connaissances portent sur - sans s'y limiter - les pathologies de la paroi thoracique, de la plèvre,  
216 des poumons, de la trachée, des bronches, du médiastin, du diaphragme et de l'œsophage.

217 Par conséquent, la pratique de la chirurgie thoracique requiert une profonde connaissance en  
218 matière d'anatomie, physiologie, imagerie diagnostique, mesures de fonction liées à un organe,  
219 examens semi-invasifs et invasifs, évaluation préopératoire, soins postopératoires, soins critiques,  
220 traumatisme, oncologie et transplantation. Toutes ces connaissances impliquent également une  
221 familiarité avec les protocoles multidisciplinaires.

222

### 223 Compétence clinique

224 La compétence en chirurgie thoracique implique une prise en charge professionnelle, continue et  
225 adaptée de problèmes liés à la chirurgie thoracique. Cela suppose une offre suffisante de  
226 pathologies du thorax, un intérêt soutenu pour la pratique de la chirurgie thoracique qui se reflète  
227 par la participation active aux congrès scientifiques et symposiums sur la chirurgie thoracique, ainsi  
228 qu'une implication dans la recherche scientifique et l'enseignement.

229 La principale compétence d'un chirurgien thoracique porte sur les soins avant, pendant et après  
230 l'opération chez des patients souffrant d'une pathologie du thorax. Parmi ses actes, citons l'examen  
231 du patient et les investigations techniques, le processus décisionnel concernant l'indication de  
232 l'intervention chirurgicale pour chaque patient individuel et la remise à niveau et le maintien d'une  
233 équipe opératoire hautement spécialisée pour effectuer des interventions spécifiques du thorax sur  
234 chaque patient individuel et pour dispenser les soins postopératoires nécessaires.

235 En résumé, la compétence clinique du chirurgien thoracique est définie comme la capacité à  
236 effectuer des interventions chirurgicales du thorax, ce qui inclut tous les types d'opérations  
237 ouvertes, endoscopiques, assistées par une vidéo ou un robot, comme inventoriées ci-dessous :

238 **1 Procédures mineures** réalisées sans le besoin d'une anesthésie générale et comprenant - sans s'y  
239 limiter - les endoscopies diagnostiques, les biopsies/prélèvements, les drainages thoraciques, les  
240 pleurodèses, etc.

241 **2 Procédures majeures** (= donc pas nécessairement des résections), généralement réalisées sous  
242 anesthésie générale avec ventilation et comprenant - sans s'y limiter - toutes les interventions  
243 standards des poumons, tumeurs du médiastin, chirurgie de l'œsophage non résectionnelle,  
244 traitement chirurgical de processus infectieux du thorax, interventions pour des pathologies de la  
245 plèvre/paroi thoracique, etc.

246 3 **Interventions complexes/hautement spécialisées** comprennent - sans s'y limiter - les résections  
247 de la trachée, les résections en manchon de la bronche et/ou de l'artère, les résections combinées  
248 avec des résections et/ou reconstructions vasculaires et/ou de la paroi, les résections (anatomiques)  
249 chez les enfants, la chirurgie du mésothéliome, les résections de l'œsophage, les transplantation de  
250 poumons, etc.

## 251 **CHAMP D'ACTION**

252 La liste des interventions suivantes fait partie de la compétence chirurgicale de tous les chirurgiens  
253 thoraciques :

254

255 - résection, reconstruction, réparation du poumon pour des affections bénignes, y compris les  
256 maladies congénitales et traumatismes

257 - résection (d'une partie) du poumon dans le cadre d'affections malignes avec évidement  
258 ganglionnaire connexe.

259 - techniques ablatives (RFA radiofréquent ablation, LASER, ...) sur les poumons dans le cadre  
260 d'affections malignes

261 - interventions pour des affections de la paroi thoracique et de la plèvre, y compris le diagnostic, la  
262 résection et la reconstruction de néoplasmes, infections ou nécroses, thoracoplastie et réparation de  
263 déformations de la paroi thoracique (aussi chez les enfants), ainsi que le traitement de lésions  
264 traumatiques de la paroi thoracique, accompagnées ou non d'une instabilité de la paroi thoracique

8

265 - interventions chirurgicales sur le médiastin, y compris la biopsie et la résection de néoplasmes et  
266 kystes, le drainage des infections, la lymphadénectomie médiastinale, la médiastinotomie, la  
267 médiastinoscopie et autres interventions médiastinales ouvertes ou avec assistance d'une vidéo

268 - résection, reconstruction et drainage du péricarde

269 - procédures endoscopiques diagnostiques et thérapeutiques avec utilisation d'endoscopes tant  
270 flexibles que rigides et instruments sur l'arbre trachéo-bronchique et, le cas échéant, assistance par  
271 l'imagerie ciblée

272 - biopsie des ganglions cervicaux, médiastinaux et axillaires

273 - interventions chirurgicales sur le nerf sympathique thoracique

274 - interventions chirurgicales en cas de syndrome du défilé thoraco-brachial (*Thoracic Outlet*  
275 *Syndrome*)

276 - Procédures visant à préserver le passage des voies respiratoires, y compris (mini-)trachéotomie,  
277 intubation trachéale et procédures endoluminales

278 - procédures visant à traiter des problèmes liés à la plèvre et à la cavité pleurale, y compris le  
279 traitement de tumeurs pleurales primaires ou secondaires, épanchement pleural, pneumothorax et  
280 empyème thoracique



- 281 - opérations visant à libérer l'accès au thorax pour des interventions par d'autres spécialités (par ex.  
282 cardiovasculaire, neurochirurgicale, orthopédique, radiologie invasive, etc.)
- 283 - Procédures interventionnelles fonctionnelles visant à traiter l'emphysème
- 284 - Chirurgie de la glande thyroïde, de la glande parathyroïde en cas de lésions intrathoraciques  
285 (goitre, cancer)
- 286 - procédures permettant d'obtenir des échantillons de tissu/fluide thoracique à des fins de  
287 diagnostic dans un cadre multidisciplinaire lorsque des méthodes moins invasives s'avèrent  
288 impossibles
- 289
- 290 • Traitement postopératoire classique et traitement de complications chirurgicales et non  
291 chirurgicales suite aux interventions précitées
- 292 • Approche mini-invasive (chirurgie thoracoscopique assistée par vidéo (VATS) / chirurgie  
293 assistée par robot) du médiastin des poumons, de la paroi thoracique
- 294 • L'expertise pour discuter de l'indication, des contre-indications, de l'opérabilité, de la  
295 résecabilité et du pronostic des interventions précitées dans un cadre multidisciplinaire

296

297

298 FACULTATIF

9

---

299 Les équipes actives dans des centres hautement spécialisés disposent de compétences dans les  
300 procédures complexes suivantes, en fonction de la sous-spécialité choisie **et/ou des compétences de**  
301 **niveau 3.**

302

303 Les candidats en formation professionnelle qui acquièrent les compétences finales du titre de  
304 niveau 2 avant la fin du trajet de formation, peuvent suivre une formation facultative dans un ou  
305 plusieurs domaines suivants :

306 - résection, reconstruction, réparation et transplantation des voies respiratoires pour les maladies  
307 congénitales et acquises (néoplasmes, sténoses et traumatismes)

308 - résections des poumons, de la plèvre ou du médiastin combinées à des résections et/ou  
309 reconstructions vasculaires et/ou de la paroi

310 - procédures à des fins de diagnostic, résection, reconstruction et réparation de l'œsophage, y  
311 compris la laparoscopie et la thoracoscopie, les procédures endoluminales, pour des maladies  
312 bénignes ou malignes de l'œsophage

313 - résection, reconstruction, réparation et stimulation (*pacings*) du diaphragme

314 - interventions visant à traiter le mésothéliome pleural malin

315 - transplantation pulmonaire

316 - techniques d'oxygénation extracorporelle pendant l'opération ou en unité de soins intensifs,  
317 autrement dit des aptitudes techniques et des connaissances nécessaires pour surveiller un patient  
318 sous oxygénation extracorporelle.

319 - pathologie thoracique en pédiatrie : anomalies congénitales des poumons, bronches, parenchyme ;  
320 sténose trachéale congénitale et trachéomalacie congénitale ; atrésie de l'œsophage et fistule  
321 trachéo-oesophagienne ; hernie diaphragmatique congénitale ; anomalies congénitales de la paroi  
322 thoracique ; empyème ; bronchectasie et traumatisme

323

324

325

326

327

328

329

330

331

10

---

332

333

334

335

336

337

338

339

## 340 V. CRITÈRES DE FORMATION ET D'AGRÈMENT <sup>4</sup>

341

### 342 V.1. Conditions d'accès

343

344 Pour obtenir l'agrément d'un titre de niveau 2 en chirurgie thoracique, il faut :

- 345 - avoir suivi une formation de base en chirurgie (tronc commun) pendant trois ans validée par
- 346 la Commission de validation compétente en la matière.
- 347 - avoir suivi une formation spécifique en chirurgie thoracique pendant trois ans et avoir réussi
- 348 l'évaluation selon les dispositions de l'art 20 de l' AM du 23.04.2014.

349

### 350 V.2. Compétences finales (en annexe)

351

352 La compétence clinique en chirurgie thoracique requiert des connaissances de fait, des aptitudes  
353 techniques et des attitudes professionnelles pour l'évaluation préopératoire - gestion opératoire et  
354 soins postopératoires y compris soins critiques - des patients souffrant d'une affection thoracique.

11

355 Une définition précise du spectre de la chirurgie thoracique est établie, ainsi que les instruments  
356 habituels pour évaluer la formation, les connaissances et l'expérience, l'objectif étant de garantir  
357 qu'un chirurgien avec une qualification particulière en chirurgie thoracique répond aux normes et  
358 qualifications fixées.

359 Ces **compétences** reposent sur le programme SCORE (*Surgical Council on Resident Education — cf.*  
360 *addenda*) :

- 361 - Connaissances médicales
- 362 - Soins aux patients
- 363 - Acquisition de connaissances liées à la pratique
- 364 - Aptitudes interpersonnelles et communicationnelles
- 365 - Professionnalisme
- 366 - Expérience pratique liée au système

367 Les connaissances de fait et les aptitudes techniques nécessaires à la prise en charge de patients  
368 souffrant d'affections thoraciques sont établies sur base de critères d'agrément et concrétisées dans  
369 un trajet de formation bien défini qui doit être approuvé par la Commission d'agrément appropriée.

---

<sup>4</sup> Critères SMART :  
Spécifique - *L'objectif est-il non équivoque ?*  
Mesurable - *Dans quelles conditions (mesurables/observables) ou sous quelle forme l'objectif est-il atteint ?*  
Acceptable - *Est-il acceptable pour le groupe cible et/ou le management ?*  
Réaliste - *L'objectif est-il réalisable ?*  
Limité dans le Temps - *Quand (à quel moment) l'objectif doit-il être atteint ?*

370 Le niveau le plus élevé dans un programme de formation est atteint grâce à un encadrement strict  
371 dans l'acquisition d'une responsabilité individuelle progressive en matière de traitement opératoire  
372 et périopératoire.

373 L'acquisition des compétences, des aptitudes et des connaissances figure dans un programme de  
374 trois ans qui s'articule comme suit :

375

376 1. **une formation théorique** répartie sur trois ans :

377 - un volet sur les connaissances médicales ;

378 - le candidat satisfait les dispositions de l'art 20 de l' AM du 23.04.2014.

379

380 2. **Une formation pratique** (volet sur les soins aux patients : cf. *addenda*) comprenant les **aptitudes**  
381 suivantes :

382 **Spécifications des exigences de la formation pour le titre de niveau 2 en chirurgie thoracique**  
383 **(3 ans après les 3 ans de tronc commun).**

384 Un minimum d'interventions majeures en tant que premier chirurgien est requis, comme le stipule  
385 la dernière version des objectifs finaux, élaborés et réévalués au moins tous les cinq ans  
386 conformément à l'article 12 de la Loi du 23.03.2021<sup>5</sup> relative à un ex: les affections pulmonaires et  
387 trachéobronchites, les maladies pleurales et de la paroi thoracique, du diaphragme et du médiastin.  
388 Idéalement, la première partie peut être réussie par le biais d'une simulation.

12

389 Les critères pour des qualifications niveau 3 feront l'objet d'un document et d'un avis spécifiques.

390

391 Toute une série appropriée d'autres interventions mineures et majeures viendront compléter le  
392 journal de bord de l'assistant en formation (comme la biopsie pulmonaire/résection en coin  
393 (*wedge*), le pneumothorax, la résection de bulles, la pleurodèse, la décortication d'empyèmes de  
394 stade II, la médiastinoscopie, la médiastinotomie antérieure, la trachéotomie, la fenêtre  
395 péricardique, la sympathectomie, etc.).

396

397 Le journal de bord doit aussi démontrer une participation acceptable à ce qui suit :

398 - traumatisme thoracique majeur, par ex. hémithorax massif, perforations pulmonaires,  
399 stabilisation du volet thoracique

400 - manipulation radiologique interventionnelle, par ex. biopsies guidées par CT, procédures  
401 de drainage, RFA, SBRT ...

402 - endoscopie et manipulations endoscopiques, par ex. bronchoscopie, EBUS, pose d'un stent

---

<sup>5</sup> Loi du 23 mars 2021 relative à un examen de proportionnalité préalable à l'adaptation ou la modification d'une réglementation de profession dans le secteur de la santé, MB 9.04.2021

403 Ces procédures ne doivent pas toujours être appliquées de manière autonome et sont également  
404 définies dans la dernière version des objectifs finaux conformément à l'art. 12 de la Loi du  
405 23.03.2021.

406

407 En outre, cette partie de la formation doit aussi comprendre ce qui suit :

- 408 - consultation, évaluation périopératoire, traitement et soins postopératoires dans le service et  
409 suivi
- 410 - familiarisation avec l'exécution de l'ensemble du spectre des interventions thoraciques,  
411 électives et en urgence
- 412 - acquisition d'expérience dans l'approche conventionnelle et vidéoscopique des pathologies  
413 thoraciques
- 414 - acquisition d'expérience dans le diagnostic et la détermination du stade d'une pathologie  
415 thoracique et dans les techniques de soutien relatives aux pathologies thoraciques
- 416 - application régulière de la classification et de l'enregistrement des tumeurs thoraciques
- 417 - participation active au traitement d'aide du patient souffrant d'une maladie thoracique :  
418 traitement de la douleur, alimentation entérale et parentérale, etc.
- 419 - participation régulière à des discussions multidisciplinaires relatives aux pathologies  
420 thoraciques.

421

422 Le maître de stage coordinateur garantit le suivi des compétences acquises durant le plan de stage  
423 et satisfait aux missions mentionnées à l'art. 8 de l'AR du 21.04.1983.

424

13

---

425

426 3. *Et une formation pratique* (volets « acquisition de connaissances liées à la pratique », « aptitudes  
427 interpersonnelles et communicationnelles », « professionnalisme » et « expérience pratique liée  
428 au système », cf. *addenda*), comprenant en outre les attitudes suivantes :

429

430 Le candidat possède une connaissance approfondie d'un système de politique de qualité et de  
431 sécurité et un savoir-faire en ce domaine :

- 432 • approche globale des processus de soins
- 433 • collaboration multi- et interdisciplinaire
- 434 • culture de la sécurité du patient
- 435 • suivi et surveillance des processus de soins (critiques)
- 436 • analyse et interprétation de données et présentation didactique de celles-ci
- 437 • amélioration permanente grâce à des cycles de qualité (PDSA), avec prise en charge de  
438 l'amélioration de la qualité (planification, réalisation et suivi)

- 439 • organisation et communication en ce qui concerne les transitions dans le trajet de soins des  
440 patients intra- et extra-muros
- 441 • rapportage et analyse de (quasi-) incidents
- 442 • applications concrètes de la réglementation relative aux droits du patient au sens le plus  
443 large
- 444 • communication avec les dispensateurs de soins, les patients et leur famille

445 Ces trois volets seront évalués par le maître de stage au moins tous les six mois, sur la base d'un  
446 journal de bord tenu avec précision concernant :

- 447 - le nombre de procédures effectuées, le nombre de discussions avec les patients et de  
448 réunions multidisciplinaires auxquelles le candidat a participé, le nombre de consultations  
449 effectuées.
- 450 - Brève évaluation clinique par un membre de l'équipe (au moins deux tous les six mois)
- 451 - Brève évaluation de la communication par un membre de l'équipe (au moins deux tous les  
452 six mois)
- 453 - *Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS)* (au moins trois tous les six mois)
- 454 - Évaluation scientifique (au moins une par an)

455 Un rapport écrit de chaque évaluation doit être signé par le maître de stage et le candidat. Ce  
456 rapport sera transmis avec le journal de bord à la Commission d'agrément à la fin de chaque année.

457 Le candidat est évalué en fin de formation conformément à l'art. 20 de l'AM du 23.04.2014. Le  
458 **Conseil Supérieur** préconise également ici de prévoir la participation à des évaluations  
459 internationales comme la partie 1 de l'examen européen organisé par l'European Board of Thoracic  
460 Surgery de l'UEMS (questionnaire à choix multiple, basé sur l'Harmonized European Training  
461 Syllabus for Thoracic Surgery, cf. annexe 2).

462 Le groupe de travail estime que la réussite à ce type d'examen, en plus de l'évaluation des rapports  
463 annuels par la commission d'agrément, est essentielle à l'agrément.

464

465

466

### 467 V.3. Durée et structure de la formation :

468

469 - 3 ans de formation de base en chirurgie

470 - 3 ans de formation spécifique en chirurgie thoracique

471

472 Pendant la première année, le candidat se familiarisera avec les principes généraux de l'indication et

473 du traitement des pathologies thoraciques.

474 En première année, le candidat sera en mesure d'effectuer un certain nombre d'interventions  
475 mineures de manière autonome et sous supervision et au cours du 2<sup>e</sup> semestre de la même année, il  
476 pourra effectuer 5 à 10 interventions majeures en tant que 1<sup>er</sup> chirurgien.

477 Au cours des deux années suivantes, le trajet sera progressivement élargi de manière à atteindre les  
478 objectifs finaux visés (cf. annexe\*\*) et le nombre requis d'interventions (cf. *supra*).

479 Le maître de stage coordinateur élabore le plan de stage en concertation et en accord avec le MSF,  
480 conformément aux dispositions de l'art 8 de l' AM du 23.04.2014. Chaque maître de stage établit un  
481 plan fixant des objectifs d'apprentissage finaux à atteindre par période, en portant suffisamment  
482 d'attention à la sécurité des phases de transition.

483

484

#### 485 V.4. Critères pour l'autorisation à exercer la profession – « autorisation à 486 pratiquer » – « licence to practice » (poursuite de l'exercice)

487

488 Le groupe de travail réfère à l'art 8 (portfolio) et l'art 10 (visa confirmant la compétence) et le  
489 Chapitre IV (Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé) de la Loi du 22 avril  
490 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, MB 14 mai 2019.

491

15

---

492 Le groupe de travail propose comme critères pour le suivi de l'évaluation de la qualité :

493 1° Il/elle pratique effectivement la chirurgie thoracique à temps plein dans le cadre des  
494 activités professionnelles scientifiques, techniques, cliniques et polycliniques.

495 2° Il/elle entretient et développe ses connaissances et ses compétences afin de renforcer ainsi  
496 les soins médicaux en chirurgie thoracique conformément aux données scientifiques actuelles  
497 de la science et aux critères de qualité en vigueur.

498

499

## 500 VI. MAÎTRE DE STAGE / Équipe

501

502

### 503 - Critères d'agrément des maîtres de stage

504

505 - Les maîtres de stage coordinateurs et les maîtres de stage doivent être agréés par les  
506 instances compétentes conformément à la législation en vigueur à cet égard.

507

- 508 - Toute personne souhaitant être reconnue comme maître de stage ou maître de stage  
509 coordinateur en chirurgie thoracique doit :
- 510
- 511 1. répondre aux critères généraux des maîtres de stage.
- 512 2. exercer à temps plein et consacrer la majeure partie de son temps à des activités cliniques,  
513 polycliniques, techniques et scientifiques en chirurgie thoracique.
- 514 3. être agréé depuis au moins cinq ans en tant que médecin spécialiste en chirurgie avec une  
515 qualification professionnelle particulière en chirurgie thoracique (= niveau 2 chirurgie  
516 thoracique
- 517 4. avoir au minimum un collaborateur à temps plein qui est agréé depuis au moins **cinq trois**  
518 ans en tant que médecin spécialiste en chirurgie thoracique avec une qualification  
519 professionnelle particulière en chirurgie thoracique **et exerçant une activité conformément**  
520 **au point 2 de l'article 3, paragraphe 2.**
- 521 5. fournir la preuve d'une activité scientifique en chirurgie thoracique.
- 522 6. participer régulièrement aux activités **d'évaluation de qualité d'un groupe local**  
523 **d'évaluation médicale en chirurgie thoracique, agréé par l'instance compétente**
- 524 7. collaborer avec d'autres médecins spécialistes, impliqués dans l'approche multidisciplinaire  
525 de la pathologie thoracique.
- 526 8. superviser le bon respect des normes de qualité concernant les programmes de soins pour  
527 les pathologies thoraciques
- 528
- 529 - Le maître de stage est responsable de la formation des candidats à raison de maximum  
530 un candidat par collaborateur à temps plein.
- 531

<b>Equipe de stage</b>	<b>Nombre de candidats en formation professionnelle</b>
<b>Maître de stage + 1 collaborateur à temps plein</b>	<b>1</b>
<b>Maître de stage + 2 collaborateurs à temps plein</b>	<b>2</b>
<b>...</b>	<b>...</b>

532

533

534

535

536

537

538

539



540 VII. SERVICES DE STAGE

541

542 - Le service de stage dispose d'une méthodologie d'assurance de la qualité de la formation.

543

544 - La politique globale en matière de qualité et de sécurité pour les processus de soins est  
545 suffisamment aboutie pour permettre une expérience pertinente aux candidats spécialistes (cf.  
546 compétences finales).

547

548

549 **Critères d'agrément des services de stage**

550 Pour être agréé en tant que service de stage en chirurgie thoracique, le service doit :

551 1. inclure les principaux domaines de la chirurgie thoracique, en particulier le programme de soins en  
552 oncologie thoracique.

553 2. avoir une activité totale d'au moins 400 interventions majeures en moyenne dont au moins  
554 125 résections majeures en moyenne par an.

555 3. disposer d'une structure adaptée avec un certain nombre de lits dédiés à la chirurgie thoracique.  
556 Ces lits doivent se trouver dans un hôpital qui dispose d'une infrastructure adéquate, en particulier  
557 d'un service de pneumologie et d'un service de soins intensifs. Un service de pathologie où sont  
558 assurés en permanence la recherche de cryocoupes, la kinésithérapie thoracique, le traitement de la  
559 douleur, la bronchoscopie et l'avis sur les infections

17

---

560

561 4. conserver et tenir à jour le registre et les dossiers médicaux des patients, conformément aux normes  
562 de qualité en vigueur à cet égard.

563 5. assurer la formation permanente et organiser au moins tous les trois mois une réunion de service  
564 pour le personnel infirmier et médical lié au service de stage, ce sans préjudice des obligations  
565 (minimum de 10 séminaires par an pour les candidats en formation) de l'art. 32 de l'AM du  
566 23.04.2014.

567

568 6. effectuer des contrôles de qualité internes.

569 7. Présence de la technologie de simulation visant à soutenir la formation.

570

571 La reconnaissance est valable pendant 5 ans et doit faire l'objet d'une nouvelle demande du maître  
572 de stage auprès du Conseil supérieur.

573

574

## VIII. NOMBRE DE CANDIDATS (médecins spécialistes en formation) par maître de stage et service de stage :

575

576

577

Objectif : prévoir un nombre suffisant de médecins spécialistes et de lieux de stage pour répondre à la demande, la qualité de la formation restant toujours garantie.

578

579

580

- Art. 29 de l'A.M. du 23 avril 2014 (nombre de candidats spécialistes par maître de stage) : nombre de lits, activité justifiée, nombre d'admissions, en ce compris les admissions en hospitalisation de jour, nombre de consultations dans le service de stage et nombre de médecins spécialistes agréés dans le service de stage.

581

582

583

584

585

Le **Conseil Supérieur des Médecins** propose comme critère concret que le service de stage peut assurer la formation de candidats à raison de maximum un candidat par collaborateur temps plein (défini comme étant un chirurgien thoracique agréé avec au moins trois ans d'expérience professionnelle) dans le service de stage.

586

587

588

589

590

- Partant d'un besoin en capacité de 15 à 20 centres en Belgique, chacun pourvu d'au moins deux chirurgiens thoraciques à temps plein, il est évident que le nombre de candidats à former sera limité et sera déterminé selon l'évolution du nombre d'interventions dans chaque centre (notamment par le développement de nouvelles technologies susceptibles d'avoir un impact tant positif que négatif sur le nombre d'interventions et/ou leur complexité) et selon la pyramide des âges.

591

592

593

594

595

596

597

- À titre d'exemple : si 8000 interventions sont réalisées chaque année, il faut une moyenne maximale de 20 centres avec au total une moyenne de 40 chirurgiens thoraciques (x200).

598

599

600

- En termes de flux entrant, cela signifie une nouvelle place de formation pour un (à 2 dans des cas exceptionnels) candidat par an en Belgique, en tenant compte d'une éventuelle variation dans l'offre future de tumeurs primaires des poumons à traiter par intervention chirurgicale (diminution éventuellement attendue), tumeurs secondaires des poumons (= métastases ; augmentation attendue) et autres pathologies liées à la chirurgie thoracique.

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614 IX. MESURES TRANSITOIRES (p. ex. pour un nouveau titre  
615 professionnel)  
616

617 a) Les agréments du titre professionnel de niveau 2 octroyés aux **médecins spécialistes en**  
618 **chirurgie** conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 12 décembre 2022 <sup>6</sup> tel  
619 qu'il était en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables.  
620

621 b) Les agréments octroyés aux **maîtres de stage et aux services de stage de chirurgie**  
622 conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 12 décembre 2002 tel qu'il était en  
623 vigueur avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, restent valables jusqu'à la date de fin de  
624 l'agrément et selon les conditions de l'arrêté ministériel du 12 décembre 2002 tel qu'il était  
625 en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent arrêté.  
626

627 **Les médecins en formation professionnelle** conformément à l'arrêté ministériel du 12  
628 décembre 2002 tel qu'il était en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent arrêté en vue  
629 d'obtenir le titre professionnel de niveau 2 en chirurgie peuvent achever leur formation et  
630 leur plan de stage conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 12 décembre 2002 tel  
631 qu'il était en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, en vue de l'obtention du  
632 titre de niveau 2 en chirurgie.  
633

634 Pendant une période de sept ans suivant l'entrée en vigueur du présent arrêté :

635 - la commission d'agrément peut désigner des maîtres de stage agréés soit en chirurgie  
636 viscérale, soit en chirurgie vasculaire, soit en chirurgie thoracique, soit en chirurgie  
637 cardiaque afin de clôturer la partie restante du plan de stage.

638 - le maître de stage disposant d'un titre professionnel niveau 2 en chirurgie peut, lors de  
639 l'expiration de son agrément comme maître de stage, demander un renouvellement de son  
640 agrément comme maître de stage en chirurgie ou demander un agrément selon les  
641 dispositions de l'arrêté ministériel du 12 décembre 2002 <sup>7</sup> tel qu'il était en vigueur avant  
642 l'entrée en vigueur du présent arrêté et de l'art 39 de l'AR du 21 avril 1983.  
643

644

645

---

<sup>6</sup> Arrêté ministériel du 12 décembre 2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de la chirurgie, *MB* 20 février 2003 (troisième éd.).

<sup>7</sup> Arrêté ministériel du 12 décembre 2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de la chirurgie, *MB* 20 février 2003 (troisième éd.).

646 c) **Facilités temporaires de modification de plan de stage et de validation comme formation**  
647 **pour le titre de niveau 2 « chirurgie thoracale » :**  
648

649 À condition de soumettre une demande à cet effet dans un délai d'un an à compter de la date  
650 d'entrée en vigueur du présent arrêté, le médecin en formation professionnelle agréée pour un titre  
651 de niveau 2 en chirurgie peut également être agréé comme médecin spécialiste en chirurgie  
652 thoracale, moyennant la présentation cumulative des documents justificatifs suivants :

653  
654 une preuve des compétences finales déjà acquises au cours du plan de stage agréé , énumérées par  
655 le présent arrêté. Si toutes les compétences finales énumérées en annexe au présent arrêté n'ont  
656 pas encore été acquises, la commission d'agrément compétente peut proposer un plan de stage  
657 compensatoire conduisant à l'obtention du titre de niveau 2 « médecin spécialiste en chirurgie  
658 thoracale ».

659

660 Ce plan de stage compensatoire modifie le trajet de stage existant et la formation professionnelle  
661 modifiée ne peut plus conduire à l'obtention du titre de niveau 2 en chirurgie.

662

663

664

665

666

20

---

667 d) **Entrent en ligne de compte pour l'agrément « chirurgie thoracale »** à condition d'en faire la  
668 demande dans un délai de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent  
669 arrêté.

670

671 Les médecins spécialistes en chirurgie agréés, notoirement connus comme particulièrement  
672 compétents en chirurgie thoracale, ayant une expérience clinique annuelle moyenne, après  
673 l'obtention de leur titre professionnel de niveau 2, de .....n..... interventions chirurgicales  
674 dans le domaine de la chirurgie thoracale au cours des cinq/trois dernières années.

675

676 Par interventions chirurgicales dans le domaine de la chirurgie viscérale, il y a lieu  
677 d'entendre les opérations dont la valeur clé K est égale ou supérieure à 180 (coefficient) et  
678 les prestations dont la valeur clé N est égale ou supérieure à 250 (coefficient) de l'article 14,  
679 e) et f) de la nomenclature des prestations médicales (arrêté royal du 14 septembre 1984  
680 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire  
681 soins de santé et indemnités, M.B. 29 septembre 1984, err. M.B. 2 avril 1985).

682

683 La preuve d'être notoirement connu comme particulièrement compétent et de disposer de cette  
684 compétence peut notamment être apportée par des publications personnelles, la participation

685 active à des congrès nationaux et internationaux, à des réunions scientifiques en lien avec la  
686 chirurgie thoracale.

687

688 e) **Mesures transitoires pour les maîtres de stage, les médecins spécialistes appartenant à**  
689 **l'équipe de stage art 24/1 AM du 23.04.2014 et les « médecins spécialistes mandatés » art.**  
690 **36, §1<sup>er</sup>, de l'A.M. du 23 avril 2014.**

691

692 L'ancienneté du maître de stage et des « collaborateurs » ne sera exigée que  
693 respectivement après neuf et six ans suivant l'entrée en vigueur du présent arrêté.

694

695 Un médecin spécialiste en chirurgie peut satisfaire les critères de l'article 36, §1 de l' A.M. du  
696 23.04.2014 pendant une période de sept ans suivant l'entrée en vigueur du présent arrêté.

697

698 f) **L'arrêté ministériel du 12 décembre 2002 est abrogé.**

699

---

700